

Fecha de Publicación: Julio de 2009

Cuándo Sospechar el Maltrato Infantil

Guía NICE de directrices clínicas 89

Cuándo sospechar el maltrato infantil

Solicitudes de Información

Puede usted descargar los siguientes documentos (en inglés) en la página www.nice.org.uk/CG089

- La Guía NICE de Directrices (el presente documento) – Todas las recomendaciones.
- Una guía de consulta rápida – Sumario de las recomendaciones para profesionales de la asistencia sanitaria.
- “Comprensión de la Guía NICE” – Sumario para pacientes y cuidadores.
- La guía completa de directrices – Todas las recomendaciones, información detallada sobre el modo en que han sido elaboradas, e informes sobre la evidencia en la que han sido fundamentadas.

Si desea copias impresas de la guía de consulta rápida o de “Comprensión de la Guía NICE”, puede ponerse en contacto con Publicaciones NICE en el número 0845 003 7783 o en la dirección publications@nice.org.uk, indicando la referencia:

- N1900 (guía de consulta rápida)
- N1901 (“Comprender la Guía NICE”).

Las directrices clínicas de la guía NICE son recomendaciones en relación con el tratamiento y el cuidado de las personas con enfermedades y afecciones específicas en el NHS (servicio público de salud de la seguridad social, por sus siglas en inglés correspondientes a “servicio nacional de salud”) de Inglaterra y Gales.

Esta guía representa la visión de NICE, que ha sido formada tras la cuidadosa consideración de la evidencia disponible. Se espera que los profesionales de la asistencia sanitaria la tengan plenamente en cuenta a la hora de ejercer su criterio clínico. No obstante, la guía no subyuga la responsabilidad individual de los profesionales de la salud a la hora de tomar decisiones que sean adecuadas a las circunstancias del/de la paciente particular, previa consulta con dicho/a paciente, su tutor/a o cuidador/a, o con ambos, y documentados con un resumen de las características del producto, ante cualquier medicamento que tengan bajo su consideración.

La implementación de esta guía es responsabilidad de los delegados locales, los proveedores de servicios, o ambos a la vez. Se recuerda a los delegados y proveedores que es su responsabilidad la puesta en funcionamiento de la guía en su contexto local, a tenor de sus obligaciones relacionadas con la prevención de la discriminación ilegal y teniendo en cuenta el fomento de la igualdad de oportunidades. Ninguno de los contenidos de esta guía debería ser interpretado de tal modo que pudiera ser inconsecuente con respecto al cumplimiento de tales obligaciones.

National Institute for Health and Clinical Excellence

MidCity Place
71 High Holborn
London WC1V 6NA

www.nice.org.uk

© National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. Todos los derechos reservados. Este material puede ser libremente reproducido con fines educativos y no lucrativos. No se permite ningún tipo de reproducción por o para organizaciones de carácter comercial, ni con fines comerciales, sin la autorización expresa y escrita de NICE.

Contenidos

Introducción.....	4
Definiciones.....	5
Asuntos Excluidos de la Guía.....	5
La Comunicación con, y acerca de, el/la Niño/a o Adolescente	6
Posibles obstáculos para el reconocimiento y la respuesta ante la posibilidad de malos tratos	7
1 La Guía.....	9
Definiciones de los términos utilizados en esta guía	9
La utilización de esta guía	10
1.1 Características Físicas.....	13
1.2 Presentaciones Clínicas	21
1.3 Negligencia – falta de provisión y falta de supervisión	24
1.4 El funcionamiento emocional, conductual, interpersonal y social	27
1.5 Las interacciones entre los padres y el/la niño/a	32
2 Notas sobre el alcance de la guía	34
3 Implementación	34
4 Recomendaciones de investigación	35
4.1 Fracturas.....	35
4.2 Las verrugas anogenitales.....	36
4.3 La enfermedad inventada o inducida	36
4.4 Estados emocionales y conductuales	36
4.5 El dolor abdominal recurrente	37
5 Otras versiones de esta guía de directrices	37
5.1 La guía completa de directrices	37
5.2 Guía de consulta rápida.....	38
5.3 “Comprensión de la guía NICE”	38
6 Guías NICE relacionadas.....	38
7 Actualización de la Guía.....	39
Apéndice A: El Grupo de Desarrollo de la Guía.....	40
Apéndice B: El Comité de Revisión de la Guía.....	44
Apéndice C: La utilización de esta guía	45

Introducción

La presente guía proporciona un sumario de características clínicas asociadas con el maltrato infantil (características de alerta) que podrían observarse cuando un/a niño/a se presenta ante los profesionales de la asistencia sanitaria. Su propósito es concienciar y ayudar a los profesionales de la salud que no son especialistas en la protección de menores a identificar a aquellos niños que podrían estar recibiendo malos tratos. No proporciona recomendaciones a los profesionales de la salud sobre el modo de diagnosticar, confirmar ni refutar el maltrato infantil.

Es posible que los niños se presenten con síntomas, tanto físicos como psicológicos, e indicios que constituyan características de alerta sobre alguno de los tipos de maltrato; asimismo, los malos tratos pueden ser observados en las interacciones entre la madre/el padre —o el/a cuidador/a— y el/la niño/a.

Existe evidencia importante de los efectos perjudiciales, a corto y a largo plazo, del maltrato infantil. Todos los aspectos de la salud, el desarrollo y el bienestar del niño pueden verse afectados. Los efectos del maltrato infantil pueden permanecer durante toda la edad adulta, e incluyen la ansiedad, la depresión, el consumo inadecuado de sustancias, y los comportamientos autodestructivos, de oposición o antisociales. Durante la edad adulta, pueden encontrar dificultades en la formación o el mantenimiento de relaciones íntimas, la conservación del empleo y la capacidad de crianza de los hijos. El abuso físico puede tener como resultado discapacidades o cicatrices físicas que permanecerán toda la vida, así como consecuencias psicológicas nocivas, y puede incluso ser letal. El Marco Nacional de Servicio, NSF (por sus siglas en inglés, *National Service Framework*) para los Niños, los Jóvenes y los Servicios de Maternidad en Inglaterra, declara: “El elevado coste del abuso y la negligencia para los individuos (y para la sociedad) apuntala el deber de todos los organismos de permanecer activos y preventivos en relación con la protección infantil”.

Definiciones

Maltrato infantil

“Maltrato infantil” incluye la negligencia, el abuso físico, sexual y emocional, y las enfermedades inventadas o inducidas. Esta guía utiliza las definiciones de maltrato infantil tal y como están establecidas en el documento “*Working together to safeguard children*” (“Trabajar juntos para proteger a la infancia”)¹.

Grupos de Edad

Esta guía emplea los siguientes términos para describir a los niños de distintas edades:

- bebé (de edad inferior a 1 año)
- niño/a (de edad inferior a 13 años)
- adolescente (edades comprendidas entre los 13 y los 17 años).

Asuntos Excluidos de la Guía

Los siguientes temas se encontraban fuera del alcance de esta guía y, por lo tanto, no han sido abordados:

- Los factores de riesgo para el maltrato infantil, que están bien identificados. Algunos ejemplos incluyen:
 - El uso indebido del alcohol o las drogas por parte de los padres o los cuidadores.
 - Los problemas de salud mental de los padres o los cuidadores.

¹ Disponible (en inglés) en:

www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/safeguardingchildren/workingtogether/workingtogethertosafeguardchildren [Visitado el 6 de Julio de 2009].

Entre las guías suplementarias de ‘Working together’ se encuentran: Department of Health, Home Office (2000) *Safeguarding children involved in prostitution*; Department of Health, Home Office, Department for Education and Skills, Welsh Assembly Government (2002) *Safeguarding children in whom illness is fabricated or induced*; Home Office. *Female Circumcision Act 1985, Female Genital Mutilation Act 2003, Home Office Circular 10/2004*; Association of Directors of Social Services, Department of Education and Skills, Department of Health, Home Office, Foreign and Commonwealth Office (2004) *Young people and vulnerable adults facing forced marriage*.

- La violencia intrafamiliar o los antecedentes de agresión con violencia.
 - Casos previos de maltrato infantil en miembros de la familia.
 - El maltrato conocido de animales por parte de la madre/el padre o el/la cuidador/a.
 - Padres o cuidadores vulnerables y con falta de apoyo.
 - Discapacidad preexistente en el niño/la niña.
- La protección de los niños nonatos.
 - Los niños que han muerto como resultado del maltrato infantil².
 - La evaluación y las investigaciones de diagnóstico (por ejemplo, las radiografías).
 - El tratamiento y el cuidado de los niños cuando se sospecha la existencia de malos tratos.
 - Cómo deberían proceder los profesionales de la asistencia sanitaria cuando tienen sospechas de malos tratos.
 - Las competencias, la formación y el comportamiento de los profesionales de la asistencia sanitaria.
 - La organización de los servicios.
 - Los procedimientos para la protección infantil.
 - La comunicación de las sospechas a los padres o cuidadores, o al niño/a la niña o adolescente.
 - La educación y la información para los padres o cuidadores, o para el/la niño/a o adolescente.

La comunicación con, y acerca de, el/la niño/a o adolescente

Una buena comunicación entre los profesionales de la asistencia sanitaria y el/la niño/a o adolescente es fundamental. La comunicación debería tener en cuenta cualquier necesidad adicional, como las discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje, o la incapacidad de hablar o leer en nuestro

² Debería tenerse en cuenta el hecho de que existen procedimientos especiales que han de seguirse cuando un/a niño/a muere de forma inesperada.

idioma. Debería prestarse atención a las necesidades culturales de los niños o adolescentes y de sus familias y cuidadores.

Si los profesionales de la asistencia sanitaria tienen preocupaciones acerca del hecho de compartir información con otras personas, deberían buscar el asesoramiento de profesionales habilitados o designados para la protección de los menores. Si las preocupaciones están basadas en la información proporcionada por un/a niño/a, los profesionales de la salud deberían: ofrecer una explicación al niño/a la niña cuando no puedan mantener la confidencialidad; explorar las preocupaciones del niño/de la niña en relación con el hecho de compartir esta información; y reafirmar al niño/a la niña en la certeza de que continuarán siendo informados de lo que está sucediendo. Cuando se esté acopiando información colateral procedente de otras disciplinas del área de la salud y de otros organismos, los profesionales deben utilizar su criterio con respecto a cuándo explicarle a la familia la necesidad de recopilar esta información para la evaluación general del niño/de la niña.

Posibles obstáculos para el reconocimiento y la respuesta ante la posibilidad de malos tratos

Los profesionales de la salud pueden encontrarse con una multitud de obstáculos diferentes en el proceso de identificación de los malos tratos, pero esto no debería impedir que prosiguieran con el curso adecuado de acción, a fin de evitar mayores daños para el/la niño/a o adolescente. Algunos ejemplos de posibles obstáculos incluyen los siguientes:

- La preocupación de desatender un trastorno susceptible de tratamiento.
- Los profesionales de la salud están acostumbrados a trabajar con los padres y los cuidadores para la asistencia de los niños y temen perder una relación positiva con una familia que se encuentra ya bajo sus cuidados.
- La sensación incómoda de desconfiar, pensar mal, sospechar o culpar injustamente a un padre/una madre o un/a cuidador/a.
- La división de obligaciones para con los pacientes adultos y los infantiles, y la violación de la confidencialidad.

- Una comprensión de las razones por las cuales han podido suceder los malos tratos, y de que no existiera la intención de hacer daño al niño/a la niña.
- La pérdida de control sobre el proceso de protección del menor y las dudas con respecto a sus beneficios.
- El estrés.
- La seguridad personal.
- El temor a las reclamaciones.

1 La Guía

La siguiente guía está fundamentada en la mejor evidencia disponible. La guía completa (www.nice.org.uk/CG89fullguideline) proporciona información detallada acerca de la evidencia y los métodos utilizados para la elaboración de la guía.

Definiciones de los términos utilizados en esta guía

Las características de alerta contenidas en esta guía han sido divididas en dos, según el nivel de preocupación, con recomendaciones para “considerar” o “sospechar” los malos tratos.

Considerar

Para los propósitos de esta guía, considerar el maltrato infantil significa que el maltrato es una de las explicaciones posibles para la característica de alerta o que está incluido en el diagnóstico diferencial.

Sospechar

Para los propósitos de esta guía, sospechar el maltrato infantil supone un nivel serio de preocupación sobre la posibilidad de maltrato infantil, aunque no es una prueba de él.

Explicación inadecuada

Para los propósitos de esta guía, una explicación inadecuada para una lesión o estado es aquélla que es inverosímil, inapropiada o inconsistente:

- con:
 - el estado que presenta el niño/la niña o adolescente
 - sus actividades normales
 - su estado médico actual
 - su edad o fase de desarrollo
 - su relato, frente al ofrecido por el padre/la madre y los cuidadores
- entre los padres o los cuidadores
- entre los relatos ofrecidos en momentos diferentes a lo largo del tiempo.

Una explicación basada en las prácticas culturales es también inadecuada, porque esto no debería justificar los daños a un/a niño/a o adolescente.

La utilización de esta guía

Si un/a profesional de la salud se encuentra con una característica de alerta sobre posible maltrato infantil que le induzca a considerar, sospechar o descartar el maltrato infantil como una posible explicación, es una buena costumbre seguir el proceso perfilado en los puntos 1-5 que se presentan a continuación (véase también el Apéndice C):

1. Escuche y Observe

La identificación o la exclusión del maltrato infantil supone la reunión de piezas de información de múltiples fuentes, de tal modo que el panorama completo del niño/de la niña o adolescente sea tomado en cuenta. Esta información puede proceder de diversas fuentes y organismos, e incluye:

- cualquier historia que se proporcione
- el informe o la revelación de maltrato por parte de un/a niño/a, un/a adolescente o una tercera persona³
- la apariencia del niño/de la niña
- el comportamiento o las maneras del niño/de la niña
- los síntomas
- los indicios físicos
- el resultado de una investigación
- la interacción entre el padre/la madre o el/la cuidador/a y el niño/la niña o el/la adolescente.

2. Busque una explicación

Busque una explicación para cualquier lesión o estado, tanto de la madre/el padre o el/la cuidador/a como del niño/de la niña o adolescente, de un modo abierto y desprovisto de juicios.

³ La práctica habitual cuando un/a niño/a o adolescente realiza una revelación de malos tratos (incluso aunque ésta no sea precisa, con todos los detalles) es la derivación a los servicios sociales para menores.

La Discapacidad

Las características de alerta sobre malos tratos en los niños con discapacidades podrían ser también características de la discapacidad, haciendo que la identificación de los malos tratos sea más difícil. Es posible que los profesionales de la salud necesiten buscar el asesoramiento especializado oportuno en caso de estar preocupados por un/a niño/a o adolescente con alguna discapacidad.

3. Registre

- Registre, en el expediente médico del niño/de la niña o adolescente, exactamente lo que haya sido observado y oído, por quién y cuándo.
- Registre por qué esto podría ser motivo de preocupación.

En este momento, el profesional de la asistencia sanitaria puede considerar, sospechar o descartar el maltrato infantil del diagnóstico diferencial.

4. Considere, sospeche o descarte los malos tratos

Considere

En cualquier fase del proceso de consideración de los malos tratos, puede cambiar el nivel de preocupación y conducir a la exclusión o a la sospecha de malos tratos.

Cuando oiga u observe una de las características de alerta de la guía:

- busque otras características de alerta en relación con el maltrato en la historia del niño/de la niña o adolescente, en el estado que presenta o en la interacción entre el padre, la madre o los cuidadores y el niño o el adolescente, en la actualidad o en el pasado.

Después lleve a cabo uno o varios de los siguientes puntos:

- Comente sus preocupaciones con un/a colega más experimentado/a, un/a pediatra de un centro de salud, un/a colega del servicio de salud mental

para niños y jóvenes, o algún profesional designado o habilitado para la protección de los menores.

- Reúna información colateral de otros organismos y disciplinas de la salud, utilizando su criterio profesional en relación con ofrecer, o no, explicaciones sobre la necesidad de recabar estos datos para una evaluación general del niño.
- Asegúrese de la revisión del niño/de la niña o el/la adolescente en una fecha adecuada al nivel de preocupación, prestando atención a las muestras repetidas de ésta u otras características de alerta.

Sospeche

Si una característica de alerta, o la consideración del maltrato infantil, induce al/a la profesional de la salud a la sospecha de maltrato infantil, debería derivar al niño/a la niña o adolescente a los servicios de asistencia social infantil, siguiendo los procedimientos del Comité Local de Protección de Menores.

Esto podría ser el detonante de una investigación para la protección de menores; podrían ofrecerse servicios de apoyo a la familia como consecuencia de una evaluación, o podrían identificarse otras explicaciones alternativas.

Descarte

Descarte los malos tratos cuando encuentre una explicación adecuada para las características de alerta. Puede que ésta sea la decisión que surja tras haber comentado el caso con un/a colega más experimentado/a, o tras la recopilación de información colateral como parte de la consideración del maltrato infantil.

5. Registre

Registre todas las acciones llevadas a cabo en el punto 4 y los resultados.

1.1 Características Físicas

Contusiones

- 1.1.1 Sospeche el maltrato infantil si un/a niño/a o un/a adolescente presenta contusiones/hematomas con forma de manos, ligaduras, varas, marcas de los dientes, asimientos o utensilios.
- 1.1.2 Sospeche el maltrato infantil si hay contusiones o petequias (manchas diminutas de color rojo o púrpura) que no hayan sido producidas por alguna afección médica (por ejemplo, a causa de un trastorno de coagulación) y la explicación de las contusiones es inadecuada⁴. Entre los ejemplos se incluyen:
- las contusiones en un/a niño/a que no puede moverse con independencia
 - las contusiones múltiples o en agrupaciones
 - las contusiones de formas y tamaños similares
 - las contusiones en cualquier parte no ósea del cuerpo o de la cara, incluyendo los ojos, las orejas y las nalgas
 - las contusiones en el cuello que parecen un intento de estrangulación
 - las contusiones en los tobillos y las muñecas que parecen marcas de ligaduras.

Mordeduras

- 1.1.3 Sospeche el maltrato infantil si existe el informe o la presencia aparente de una marca de mordedura humana, y parece improbable que haya sido causada por un niño pequeño.
- 1.1.4 Considere la negligencia si existe el informe o la presencia aparente de una mordedura de animal en un niño que haya sido supervisado de un modo inapropiado.

⁴ Inadecuado significa inverosímil, inapropiado o inconsistente. Véase la sección 1.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

Laceraciones (Cortes), Abrasiones y Cicatrices

1.1.5 Sospeche el maltrato infantil si un niño presenta laceraciones, abrasiones o cicatrices y la explicación es inadecuada⁵. Algunos ejemplos incluyen las laceraciones, las abrasiones o las cicatrices:

- en un/a niño/a que no puede moverse con independencia
- que son múltiples
- con una distribución simétrica
- en áreas normalmente protegidas por la ropa (por ejemplo, la espalda, el pecho, el abdomen, la axila, el área genital)
- en los ojos, las orejas y los lados de la cara
- en el cuello, los tobillos y las muñecas, con la apariencia de marcas de ligadura.

Lesiones Térmicas

1.1.6 Sospeche el maltrato infantil si un niño tiene lesiones de quemadura o escaldadura:

- cuando hay una ausencia de explicación para la lesión o la explicación es inadecuada⁵, **o bien**
- cuando el niño no puede moverse con independencia, **o bien**
- sobre cualquier área de tejido blando de la cual no se esperaría que fuera a entrar en contacto con un objeto caliente por accidente (por ejemplo, el dorso de las manos, las plantas de los pies, las nalgas, la espalda), **o bien**
- con la forma de un utensilio (por ejemplo, un cigarro, una plancha), **o bien**
- que indique inmersión forzada, por ejemplo:
 - escaldaduras en las nalgas, el perineo y las extremidades inferiores

⁵ Inadecuado significa inverosímil, inapropiado o inconsistente. Véase la sección 1.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

- escaldaduras en las extremidades con la distribución de guantes o medias/calzetines.
- escaldaduras en las extremidades con una distribución simétrica
- escaldaduras con bordes claramente delineados.

Lesiones por Frío

1.1.7 Considere el maltrato infantil si un niño tiene lesiones por frío (por ejemplo, manos o pies hinchados, rojos) sin ninguna explicación médica aparente.

1.1.8 Considere el maltrato infantil si un niño se presenta con hipotermia y la explicación es inadecuada⁶.

Fracturas

1.1.9 Sospeche el maltrato infantil si un niño tiene una o varias fracturas en ausencia de una afección médica que predisponga a la fragilidad de los huesos (por ejemplo, osteogénesis imperfecta, osteopenia del prematuro) o si no existe una explicación, o ésta es inadecuada⁶. Las presentaciones incluyen:

- fracturas de edades diferentes
- evidencia, por radiografía, de fracturas ocultas (fracturas identificadas en las radiografías que no eran clínicamente evidentes). Por ejemplo, fracturas de las costillas en bebés.

Lesiones Intracraneales

1.1.10 Sospeche el maltrato infantil si un/a niño/a presenta una lesión intracraneal en ausencia de un trauma importante por accidente que haya sido confirmado o de alguna causa médica conocida, en una o varias de las siguientes circunstancias:

⁶Inadecuado significa inverosímil, inapropiado o inconsistente. Véase la sección 1.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

- ausencia de explicación, o explicación inadecuada⁷
- la edad del niño es inferior a 3 años
- hay, además:
 - hemorragia retiniana, **o bien**
 - fracturas de las costillas o de huesos largos, **o bien**
 - otras lesiones infligidas asociadas
- existen múltiples hemorragias subdurales, con o sin hemorragia subaracnoidea, con o sin daño hipóxico isquémico (daño debido a la ausencia de suministro de sangre y oxígeno) en el cerebro.

Trauma Ocular

1.1.11 Sospeche el maltrato infantil si un/a niño/a tiene hemorragias retinianas o lesiones en el ojo, en ausencia de algún trauma importante por accidente que haya sido confirmado o alguna explicación médica conocida, incluyendo las causas relacionadas con el parto.

Lesiones en la Columna Vertebral

1.1.12 Sospeche el abuso físico si un/a niño/a se presenta con indicios de una lesión en la columna vertebral (lesión en las vértebras o en el interior del conducto vertebral) en ausencia de algún trauma importante por accidente que haya sido confirmado. Las lesiones de la columna vertebral pueden presentarse como:

- un hallazgo en la revisión esquelética o en la resonancia magnética
- una lesión cervical asociada con alguna lesión provocada en la cabeza
- una lesión toracolumbar asociada con alguna neurología focal o cifosis (curvatura o deformidades de la columna) sin explicación.

⁷ Inadecuado significa inverosímil, inapropiado o inconsistente. Véase la sección 1.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

Lesiones Viscerales

1.1.13 Sospeche el maltrato infantil si un/a niño/a presenta una lesión intraabdominal o intratorácica en la ausencia de algún trauma importante por accidente que haya sido confirmado y sin explicación o con una explicación inadecuada⁸, o bien una demora en la presentación. Puede que no haya contusiones externas ni otras lesiones.

Lesiones Orales

1.1.14 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a presenta una lesión oral y no hay explicación o ésta es inadecuada⁸.

Lesiones Generales

1.1.15 Considere el maltrato infantil si no hay una explicación adecuada⁸ para una lesión seria o poco frecuente.

Indicios y Síntomas Anogenitales

1.1.16 Sospeche el abuso sexual si una niña o un niño presenta una lesión genital, anal o perianal (tal y como se evidencia por las contusiones, la laceración, la inflamación o la abrasión) y no hay explicación, o ésta es inadecuada⁸.

1.1.17 Sospeche el abuso sexual si una niña o un niño presenta un síntoma genital o anal persistente o recurrente (por ejemplo, sangrado o secreción) que esté asociado con un cambio conductual o emocional que no tenga explicación médica.

1.1.18 Sospeche el abuso sexual si una niña o un niño presenta una fisura anal, y han sido descartadas como causa el estreñimiento, la enfermedad de Crohn y la expulsión de heces duras.

⁸ Inadecuado significa inverosímil, inapropiado o inconsistente. Véase la sección 1.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

- 1.1.19 Considere el abuso sexual si se observa un ano abierto en una niña o un niño durante un reconocimiento y no hay una explicación médica (por ejemplo, un trastorno neurológico o un estreñimiento severo).
- 1.1.20 Considere el abuso sexual si una niña o un niño presenta un síntoma genital o anal (por ejemplo, sangrado o secreción) sin explicación médica.
- 1.1.21 Considere el abuso sexual si una niña o un niño presenta disuria (molestias en la emisión de la orina) o molestias anogenitales de un modo persistente o recurrente y no existe una explicación médica (por ejemplo, parásitos, infección urinaria, afecciones de la piel, falta de higiene o alergias conocidas).
- 1.1.22 Considere el abuso sexual si existe evidencia de uno o varios cuerpos extraños en la vagina o en el ano. Los cuerpos extraños en la vagina pueden ser revelados por una secreción vaginal desagradable.

Infecciones de Transmisión Sexual

- 1.1.23 Considere el abuso sexual si un/a niño/a menor de 13 años tiene hepatitis B, a menos que exista evidencia clara de transmisión de madre a hijo/a durante el parto, transmisión no sexual procedente de un miembro del entorno familiar o contaminación sanguínea.
- 1.1.24 Considere el abuso sexual si un/a niño/a de edad inferior a 13 años presenta verrugas anogenitales, a no ser que exista evidencia clara de transmisión de madre a hijo/a durante el parto o transmisión no sexual procedente de algún miembro del entorno familiar.
- 1.1.25 Sospeche el abuso sexual si un/a niño/a de edad inferior a 13 años presenta gonorrea, clamidia, sífilis, herpes genital, hepatitis C, VIH o infecciones producidas por tricomonas, a menos que exista

evidencia clara de transmisión de madre a hijo/a durante el parto o de contaminación sanguínea.

1.1.26 Considere el abuso sexual si un/a adolescente de edad comprendida entre los 13 y los 15 años presenta hepatitis B, a no ser que exista clara evidencia de transmisión de madre a hijo/a durante el parto, transmisión no sexual por parte de algún miembro del entorno familiar, contaminación sanguínea o que la infección haya sido adquirida a partir de la actividad sexual consensuada con un igual.

1.1.27 Considere el abuso sexual si un/a adolescente de edad comprendida entre los 13 y los 15 años presenta verrugas anogenitales, a no ser que exista evidencia clara de transmisión de madre a hijo/a durante el parto, transmisión no sexual por parte de algún miembro del entorno familiar, o que la infección haya sido adquirida a partir de la actividad sexual consensuada con un igual.

1.1.28 Considere el abuso sexual si un/a adolescente de edad comprendida entre los 13 y los 15 años presenta gonorrea, clamidia, sífilis, herpes genital, hepatitis C, VIH o alguna infección producida por tricomonas, a no ser que exista clara evidencia de transmisión de madre a hijo/a durante el parto, contaminación sanguínea, o que la infección de transmisión sexual (ITS) haya sido adquirida a partir de la actividad sexual consensuada con un igual⁹.

1.1.29 Considere el abuso sexual si un/a joven de edad comprendida entre los 16 ó 17 años presenta hepatitis B y:

- no existe evidencia clara de transmisión de madre a hijo/a durante el parto, transmisión no sexual por parte de un miembro del entorno familiar, contaminación sanguínea o que la infección

⁹ En tales circunstancias, la consideración debería incluir una conversación acerca de sus preocupaciones con un/a profesional designado/a o habilitado/a para la protección de menores.

haya sido adquirida a partir de la actividad sexual consensuada
y

- existe una clara diferencia de poder o de capacidad mental entre el/la joven y su compañero/a sexual, en particular cuando la relación es incestuosa o tiene lugar con una persona que posee una posición de confianza (por ejemplo, un/a profesor/a, un/a entrenador/a deportivo/a, un/a ministro/a religioso/a), **o bien**
- existe la preocupación de que el/la joven esté siendo explotado/a.

1.1.30 Considere el abuso sexual si un/a joven de edad comprendida entre los 16 ó 17 años tiene verrugas anogenitales y:

- no existe evidencia clara de transmisión no sexual por parte de un miembro del entorno familiar, ni la infección ha sido adquirida a partir de la actividad sexual consensuada, **y**
- existe una clara diferencia de poder o de capacidad mental entre el/la joven y su compañero/a sexual, en particular cuando la relación es incestuosa o tiene lugar con una persona que posee una posición de confianza (por ejemplo, un/a profesor/a, un/a entrenador/a deportivo/a, un/a ministro/a religioso/a), **o bien**
- existe la preocupación de que el/la joven esté siendo explotado/a.

1.1.31 Considere el abuso sexual si un/una joven de edad comprendida entre los 16 ó 17 años presenta gonorrea, clamidia, sífilis, herpes genital, hepatitis C, VIH o una infección producida por tricomonas
y:

- no existe evidencia clara de contaminación sanguínea o de que la infección de transmisión sexual haya sido adquirida a partir de la actividad sexual consensuada, **y**

Para la definición de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

- existe una clara diferencia de poder o de capacidad mental entre el/la joven y su compañero/a sexual, en particular cuando la relación es incestuosa o tiene lugar con una persona que posee una posición de confianza (por ejemplo, un/a profesor/a, un/a entrenador/a deportivo/a, un/a ministro/a religioso/a), **o bien**
- existe la preocupación de que el/la joven esté siendo explotado/a.

1.2 Presentaciones Clínicas

Embarazo

- 1.2.1 Sea consciente de que el coito con un/a niño/a menor de 13 años es ilegal y, por lo tanto, el embarazo en una niña de tales características significa que ésta ha sido maltratada.
- 1.2.2 Considere el abuso sexual si una joven de edad comprendida entre los 13 y los 15 años está embarazada.
- 1.2.3 Considere el abuso sexual si una joven de edad comprendida entre los 16 y los 17 años está embarazada y existe:
- una clara diferencia de poder o de capacidad mental entre la joven y el supuesto padre, en particular cuando la relación es incestuosa o tiene lugar con una persona que posee una posición de confianza (por ejemplo, un profesor, un entrenador deportivo, un ministro religioso), **o bien**
 - la preocupación de que la joven esté siendo explotada, **o bien**
 - la preocupación de que la actividad sexual no haya sido consensuada.

Sucesos que Aparentemente Suponen una Amenaza para la Vida

- 1.2.4 Sospeche el maltrato infantil si un/a niño/a experimenta sucesos repetidos que, aparentemente, supongan una amenaza para su

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

vida, siendo uno de los padres o cuidadores el único testigo del comienzo del suceso, y no haya sido identificada ninguna explicación médica.

- 1.2.5 Considere el maltrato infantil si un bebé sufre un suceso que, aparentemente, suponga una amenaza para su vida, con sangrado de la nariz o la boca, y no se haya identificado ninguna explicación médica.

Envenenamiento

- 1.2.6 Sospeche el maltrato infantil en los casos de envenenamiento en niños si:

- existe un informe de administración deliberada de sustancias inapropiadas, incluyendo fármacos con o sin receta, **o bien**
- existen, en la sangre, niveles inesperados de fármacos no recetados para el/la niño/a, **o bien**
- existe evidencia, bioquímica o por informe, de la ingestión de una o varias sustancias tóxicas, **o bien**
- el/la niño/a no tiene la capacidad de conseguir el acceso a la sustancia de un modo independiente, **o bien**
- no hay explicación, o ésta es inadecuada, acerca del envenenamiento o del modo en que la sustancia llegó al interior del niño/de la niña¹⁰, **o bien**
- ha habido presentaciones repetidas de ingestión en el/la niño/a o en otros niños del entorno familiar.

- 1.2.7 Considere el maltrato infantil en los casos de hipernatremia (niveles anormalmente elevados de sodio en la sangre) en los que no se haya identificado una explicación médica.

Lesión No Letal de Inmersión

- 1.2.8 Sospeche el maltrato infantil si un/a niño/a experimenta un incidente no letal de inmersión (cercano a ahogarse) y no hay

¹⁰ Inadecuado significa inverosímil, inapropiado o inconsistente. Véase la sección 1.

explicación, ésta es inadecuada¹¹, o si el estado que presenta el niño es inconsistente con lo relatado.

- 1.2.9 Considere el maltrato infantil si un incidente de inmersión no letal sugiere una ausencia de supervisión.

Asistencia y Presentación en los Servicios Médicos

- 1.2.10 Considere el maltrato infantil si hay un patrón poco común en los estados presentados y en el contacto con los profesionales de la asistencia sanitaria, o si hay estados de presentación o informes de lesiones frecuentes.

Enfermedad Inventada o Inducida

- 1.2.11 Considere la enfermedad inventada o inducida si la historia de un/a niño/a, los estados físicos o psicológicos que presenta, o los hallazgos de las evaluaciones, reconocimientos o investigaciones conducen a una discrepancia con un cuadro clínico reconocido. La enfermedad inventada o inducida es una explicación posible incluso cuando el niño ha tenido o tiene una afección física o psicológica pasada o simultánea.

- 1.2.12 Sospeche la enfermedad inventada o inducida si la historia de un/a niño/a, los estados físicos o psicológicos que presenta, o los hallazgos de las evaluaciones, reconocimientos o investigaciones conducen a una discrepancia con un cuadro clínico reconocido y está presente una o varias de las siguientes circunstancias:

- Los síntomas e indicios de los que hay informe solamente aparecen o reaparecen cuando está presente el padre/la madre o el/la cuidador/a.
- Los síntomas de los que hay informe son observados únicamente por el padre, la madre o el/la cuidador/a.
- Una respuesta inexplicablemente insuficiente a la medicación recetada o a otros tratamientos.

¹¹ Inadecuado significa inverosímil, inapropiado o inconsistente. Véase la sección 1.

- Se informa de nuevos síntomas tan pronto como los anteriores han sido resueltos.
- Existe una historia de sucesos que es biológicamente improbable (por ejemplo, bebés con una historia de pérdidas muy abundantes de sangre que no se sienten mal ni sufren de anemia).
- A pesar de que se ha llegado a una opinión clínica definitiva, el padre, la madre o el/la cuidador/a buscan y discuten múltiples opiniones de la asistencia sanitaria tanto primaria como secundaria, y siguen presentando al niño/a la niña para investigación y tratamiento, con un abanico de indicios y de síntomas.
- Las actividades cotidianas normales del niño/de la niña (por ejemplo, la asistencia al colegio) están siendo afectadas, o el/la niño/a está utilizando más ayudas para la vida cotidiana (por ejemplo, sillas de ruedas) de lo que sería esperable a juzgar por su afección médica.

La enfermedad inventada o inducida es una explicación probable incluso cuando el/la niño/a ha tenido o tiene una afección física o psicológica pasada o simultánea.

Faltas de Asistencia al Colegio Inadecuadamente Explicadas

- 1.2.13 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a muestra una asistencia insuficiente al colegio con la que los padres o cuidadores están familiarizados y que no tiene una justificación fundada en motivos de salud, incluyendo la salud mental, cuando no se está proporcionando una educación en el hogar formalmente autorizada.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.
 Para las definiciones de **sospechar** y **considerar** véase la sección 1.1.

1.3 Negligencia – Falta de Provisión y Falta de Supervisión

La negligencia es una situación que implica un riesgo para el/la niño/a o el/la adolescente. Se trata de una falta persistente de satisfacción de las necesidades físicas o psicológicas básicas del niño/de la niña o el/la adolescente, que puede tener como resultado probable un daño físico grave para su salud o su desarrollo. Puede que esto sea, o no, deliberado. Existen diferencias en el modo en que los padres y cuidadores eligen criar a sus hijos, incluyendo las opciones que escogen en relación con la asistencia sanitaria de sus hijos. Sin embargo, la falta de reconocimiento de, y de respuesta a, las necesidades del niño/de la niña o el/la adolescente pueden alcanzar el grado de negligencia.

No existe un criterio de referencia para el diagnóstico de la negligencia y, por lo tanto, la toma de decisiones en situaciones de aparente negligencia puede ser muy delicada, y sus umbrales muy difíciles de establecer. Es fundamental situar al niño/a la niña o el/la adolescente en el centro de la valoración.

La Provisión de las Necesidades Básicas

- 1.3.1 Considere la negligencia si un/a niño/a presenta infestaciones graves y persistentes, como la escabiosis o los piojos.
- 1.3.2 Considere la negligencia si la ropa o el calzado de un/a niño/a es consistentemente inapropiado (por ejemplo, para el clima o el tamaño del niño/de la niña).

Los casos de ropa inapropiada que tienen una explicación adecuada (por ejemplo, un cambio repentino de las condiciones climatológicas; que lleve zapatillas porque era lo que estaba más a mano al salir de casa con prisas) no serían características de alerta sobre posible negligencia.

- 1.3.3 Sospeche negligencia si un/a niño/a, de forma persistente, huele mal y está sucio/a.

Los niños, con frecuencia, se ensucian y cogen olores durante el transcurso del día. Sin embargo, la naturaleza del olor del niño/de la niña ha de ser tan

abrumadora que debería tenerse en cuenta la posibilidad de una falta persistente de provisión o de cuidados. Algunos ejemplos incluyen:

- el/la niño/a es visto/a en ciertas horas del día en las que es improbable que haya tenido la oportunidad de ensuciarse y coger malos olores (por ejemplo, una visita por la mañana temprano).
- cuando la suciedad está incrustada.

1.3.4 Sospeche negligencia si observa o escucha información, de forma repetida, de las siguientes circunstancias domésticas, estando éstas bajo el control de los padres o los cuidadores:

- un nivel de higiene deficiente que pueda afectar a la salud de un/a niño/a
- la provisión inadecuada de alimentos
- un entorno, en la vivienda, que sea inseguro para la fase de desarrollo del niño/de la niña.

Es posible que sea difícil distinguir entre la negligencia y la pobreza material. Sin embargo, se debería sopesar cuidadosamente el reconocimiento de las constricciones con la capacidad de los padres o los cuidadores a la hora de satisfacer las necesidades de alimentación, ropa y vivienda de los niños, teniendo en cuenta el modo en que otras personas, en circunstancias similares, han sido capaces de satisfacer tales necesidades.

1.3.5 Tenga en cuenta que el abandono de un/a niño/a es una forma de maltrato.

Malnutrición

1.3.6 Considere la negligencia si un/a niño/a muestra un crecimiento débil (a saber, que no crece prolíficamente), debido a la falta de provisión de una dieta adecuada o apropiada.

Supervisión

La consecución de un equilibrio entre la conciencia de un riesgo y la concesión de libertad a los niños para que aprendan a través de la

experiencia, puede ser difícil. Sin embargo, si los padres o los cuidadores, de forma persistente, no se anticipan a los peligros ni toman precauciones para proteger a sus hijos de posibles daños, esto puede constituir una negligencia.

1.3.7 Considere la negligencia si la explicación de una lesión (por ejemplo, una quemadura, una quemadura solar o la ingestión de una sustancia nociva) sugiere la ausencia de una supervisión apropiada.

1.3.8 Considere la negligencia si un/a niño/a o adolescente no está siendo atendido/a por una persona que sea capaz de proporcionarle los cuidados adecuados.

Garantizar el Acceso a la Asistencia o al Tratamiento Médico Adecuados

1.3.9 Considere la negligencia si los padres o los cuidadores no administran el tratamiento esencial recetado para su hijo/a.

1.3.10 Considere la negligencia si los padres o los cuidadores, de forma repetida, no atienden a las citas de seguimiento que sean necesarias para la salud y el bienestar de su hijo/a.

1.3.11 Considere la negligencia si los padres, de forma persistente, no se ponen en contacto con los programas principales de promoción de la salud infantil, que incluyen:

- la inmunización
- las revisiones para la salud y el desarrollo
- los chequeos.

1.3.12 Considere la negligencia si los padres o los cuidadores tienen acceso pero, persistentemente, renuncian a la obtención del tratamiento ofrecido por la seguridad social para la caries dental (el deterioro localizado del diente) de su hijo/a.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.1.

- 1.3.13 Sospeche negligencia si los padres o los cuidadores no buscan asesoramiento médico para su hijo/a, hasta el grado de poner en peligro la salud y el bienestar del niño/de la niña, incluyendo el hecho de que el/la niño/a esté padeciendo un dolor constante.

1.4 *El funcionamiento emocional, conductual, interpersonal y social*

Los estados emocionales y conductuales

- 1.4.1 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a o adolescente muestra, o se informa de que muestra, un cambio notable de comportamiento o de estado emocional (véanse algunos ejemplos más abajo) que suponga una desviación de lo que sería esperable para su edad y fase de desarrollo, y no pueda ser explicado por una situación conocida de estrés que no forme parte del maltrato infantil (por ejemplo, el duelo o la separación de los padres) o por una causa médica. Algunos ejemplos incluyen:

- pesadillas recurrentes que contengan temas similares
- angustia extrema
- comportamiento notable de oposición
- distanciamiento de la comunicación
- retraimiento.

- 1.4.2 Considere el maltrato infantil si el comportamiento o el estado emocional de un/a niño/a no es consistente con su edad y fase de desarrollo o no puede ser explicado por causas médicas, trastornos del neurodesarrollo (por ejemplo, el trastorno del déficit de atención con hiperactividad – TDAH –, los trastornos del espectro autista) o alguna otra situación de estrés que no forme parte del maltrato infantil (por ejemplo, el duelo o la separación de

los padres). Algunos ejemplos de los estados emocionales o de comportamiento que podrían incluirse en esta descripción son:

- Estados emocionales:
 - temeroso/a, retraído/a, con una baja autoestima
- Comportamiento:
 - agresivo/a, con conductas de oposición
 - balanceo habitual del cuerpo
- Comportamientos interpersonales:
 - búsqueda indiscriminada de contacto o de afecto
 - exceso de afabilidad con los extraños, incluyendo a los profesionales de la salud
 - exceso de apego (dependencia)
 - demanda persistente de atención
 - demostración de un comportamiento excesivamente “bueno” para evitar la desaprobación de los padres o cuidadores
 - ausencia de búsqueda o aceptación del consuelo o el afecto de una persona apropiada cuando siente un grado significativo de ansiedad
 - comportamiento de control coercitivo hacia los padres o los cuidadores
 - niños muy pequeños que muestran comportamientos demasiado tranquilos cuando observan la ansiedad de los padres o los cuidadores.

1.4.3 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a muestra respuestas emocionales repetidas, extremas o constantes que sean desproporcionadas con respecto a una situación, y que no sean esperables teniendo en cuenta la edad o la etapa de desarrollo del niño/de la niña, ni puedan explicarse por una causa médica, un trastorno del neurodesarrollo (por ejemplo, TDAH, trastornos del espectro autista) o un trastorno bipolar, y hayan sido explorados los efectos de cualquier situación conocida de malos tratos que

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

haya podido suceder en el pasado. Algunos ejemplos de estas respuestas emocionales incluyen:

- enfado o frustración expresada a modo de rabietas en un/a niño/a de edad escolar
- o arrebatos frecuentes de cólera a la menor provocación
- angustia expresada a modo de llanto inconsolable.

1.4.4 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a demuestra disociación (episodios transitorios de distanciamiento que están fuera del control del niño y que se distinguen de soñar despierto, de los ataques o convulsiones y del acto deliberado de evitar la interacción) que no pueda ser explicada por algún suceso traumático conocido que no esté relacionado con los malos tratos.

1.4.5 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a o adolescente tiene, de forma regular, responsabilidades que interfieran con las actividades cotidianas normales fundamentales (por ejemplo, la asistencia al colegio).

1.4.6 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a responde a una revisión o evaluación médica de un modo poco común, inesperado o inapropiado en términos de desarrollo (por ejemplo, pasividad, rechazo o resistencia extremas).

Trastornos o Anomalías en el Comportamiento, que se Hayan Observado o de los que Haya Informe Daños Autoinfligidos

1.4.7 Considere el maltrato infantil, pasado o actual, en particular el abuso sexual, físico o emocional, si un/a niño/a o adolescente es autonocivo/a. Los daños autoinfligidos incluyen los cortes, los arañazos, los pinchazos, los mordiscos o los rasguños en la piel con el fin de producir una lesión, los tirones del pelo o de las pestañas y la ingesta deliberada de fármacos, con o sin receta, en cantidades superiores a las dosis terapéuticas.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

Alteraciones en la Conducta Relacionada con la Comida y la Alimentación

- 1.4.8 Sospeche el maltrato infantil si un/a niño/a, de forma repetida, rebusca, roba, almacena o esconde comida, sin que exista una explicación médica.

Anomalías en el Control de las Necesidades Fisiológicas

- 1.4.9 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a tiene enuresis secundaria, diurna o nocturna, que persista a pesar de la evaluación y el manejo adecuados, a no ser que exista una explicación médica (por ejemplo, la infección del tracto urinario) o una situación de estrés, claramente identificada, que no forme parte de los malos tratos (por ejemplo, el duelo o la separación de los padres).
- 1.4.10 Considere el maltrato infantil si se ha proporcionado la información de que un/a niño/a se orina de forma deliberada.
- 1.4.11 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a muestra encopresis (defecación repetida de heces normales en lugares inapropiados) o ensucia con heces de una forma deliberada.

Comportamiento sexualizado

- 1.4.12 Sospeche el maltrato infantil y, en particular, el abuso sexual, si un/a niño/a preadolescente muestra, o se informa de que muestra, preocupación o comportamientos sexualizados repetidos o coercitivos (por ejemplo, conversación sexual asociada con el conocimiento, dibujo de órganos genitales, emulación de actividades sexuales con otro/a niño/a).
- 1.4.13 Sospeche el maltrato infantil, pasado o presente, si el comportamiento sexual de un/a niño/a o adolescente es indiscriminado, precoz o coercitivo.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

1.4.14 Sospeche el abuso sexual si un/a niño/a preadolescente muestra, o se informa de que muestra, comportamientos sexualizados poco comunes. Algunos ejemplos incluyen:

- el contacto orogenital con otro/a niño/a o con un muñeco.
- la solicitud de ser tocado/a en la zona genital
- introducir o intentar introducir un objeto, dedo o pene en la vagina o el ano de otro/a niño/a.

Comportamientos Relacionados con Escaparse de Casa

1.4.15 Considere el maltrato infantil si un/a niño/a o adolescente se ha escapado de casa o del lugar de custodia, o está viviendo en un alojamiento alternativo sin el pleno consentimiento de sus padres o cuidadores.

1.5 *Las interacciones entre los padres y el/la niño/a*

1.5.1 Considere el abuso emocional si existe la preocupación de que las interacciones entre (alguno de) los padres – o cuidadores – y el/la niño/a puedan ser nocivas. Algunos ejemplos incluyen:

- Negatividad u hostilidad hacia un/a niño/a o adolescente.
- Rechazo o actos para convertir al niño/a la niña o adolescente en chivo expiatorio o víctima inocente.
- Expectativas de, o interacciones con, un/a niño que sean inapropiadas de acuerdo con su etapa de desarrollo, incluyendo las amenazas o los métodos disciplinarios inadecuados.
- Exposición a experiencias temibles o traumáticas, incluyendo el abuso doméstico.
- Utilización del niño para la satisfacción de las necesidades del adulto (por ejemplo, uso de los niños en las disputas maritales).
- Deficiencias en el fomento de la adecuada socialización del niño (por ejemplo, cuando los niños son involucrados en actividades

ilegales; el aislamiento; la ausencia de provisión de la estimulación o la educación convenientes).

- 1.5.2 Sospeche el abuso emocional cuando se observan, o existe información de, interacciones nocivas entre el padre, la madre o los cuidadores y el niño, de un modo persistente.
- 1.5.3 Considere el maltrato infantil si se observa, o hay informes de, que los padres o los cuidadores castigan a un niño por enuresis a pesar del asesoramiento profesional de que el síntoma es involuntario.
- 1.5.4 Considere la negligencia emocional si existe una falta de disponibilidad y sensibilidad emocional por parte de la madre, el padre o el/la cuidador/a hacia un/a niño/a y, especialmente, hacia un bebé.
- 1.5.5 Sospeche negligencia emocional si existe una falta persistente de disponibilidad y de sensibilidad emocional por parte de la madre, el padre o el/la cuidador/a hacia un/a niño/a y, especialmente, hacia un bebé.
- 1.5.6 Considere el maltrato infantil si una madre o un padre – o cuidador/a – se niega a permitir que un/a niño/a o adolescente hable a solas con un profesional de la salud cuando esto es necesario para la evaluación del niño/de la niña o el/la adolescente.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

Para las definiciones de **sospechar** y **considerar**, véase la sección 1.

2 Notas sobre el alcance de la guía

Las guías NICE se desarrollan de acuerdo con un área de competencia que define lo que la guía cubrirá y lo que quedará fuera de su ámbito. El alcance de este guía de directrices se encuentra disponible en: www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=35848.

Cómo fue elaborada esta guía

NICE encargó al National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (Centro de Colaboración Nacional para la Salud de las Mujeres y los Niños) la elaboración de esta guía de directrices. El Centro estableció un Grupo de Desarrollo de la Guía (Guideline Development Group) (véase el apéndice A), que analizó la evidencia y elaboró las recomendaciones. Un Comité independiente de Revisión de la Guía (Guideline Review Panel) supervisó el desarrollo de la guía de directrices (véase el apéndice B).

Hay más información disponible en el folleto "*The guideline development process: an overview for stakeholders, the public and the NHS*" ("El proceso de desarrollo de la guía de directrices: una visión general para los interesados, el público y el servicio nacional de salud –NHS–") (tercera edición, publicada en Abril de 2007), que se encuentra disponible en www.nice.org.uk/guidelinesprocess o en el departamento de publicaciones NICE (teléfono 0845 003 7783 o correo electrónico publications@nice.org.uk; puede indicar la referencia N1233).

3 Implementación

La Comisión para la Asistencia Sanitaria (Healthcare Commission) evalúa la calidad con la que las organizaciones del NHS (servicio público de salud de la seguridad social, por sus siglas en inglés) satisfacen los criterios esenciales y de desarrollo establecidos por el Departamento de Salud en "*Standards for better health*" ("Criterios para una salud mejor") (disponible en www.dh.gov.uk). La puesta en marcha de la guía de directrices clínicas forma parte del criterio de desarrollo D2. El criterio esencial C5 dice que las

organizaciones del NHS deberían tener en cuenta la guía nacional concertada a la hora de planificar y proporcionar los servicios de asistencia.

NICE ha desarrollado herramientas para ayudar a las organizaciones a implementar esta guía (se enumeran a continuación). Éstas se encuentran disponibles en nuestra página web (www.nice.org.uk/CG89).

- Diapositivas que ponen de relieve los mensajes clave para el debate local.
- Declaración de costes
- Apoyo de auditoría para el control de la práctica local.

4 Recomendaciones de investigación

El Grupo de Desarrollo de la Guía (Guideline Development Group) ha realizado las siguientes recomendaciones para la investigación, basándose en su análisis de la evidencia, con el fin de mejorar la guía NICE y la atención a los pacientes en el futuro. La serie completa de recomendaciones de investigación del Grupo de Desarrollo de la Guía se encuentra detallada en la guía completa de directrices (véase la sección 5).

4.1. Fracturas

¿Cómo pueden distinguirse las fracturas por abuso de aquéllas que son el resultado de las afecciones que producen la fragilidad de los huesos y de las que se derivan de algún accidente, especialmente en lo que se refiere a las fracturas metafisarias?

Por qué esto es importante

La base de la evidencia existente no explica plenamente las características que diferencian a las fracturas procedentes de causas diversas en bebés y niños de edad preescolar. Un posible estudio comparativo sobre las fracturas en el abuso físico, aquéllas que son el resultado de afecciones que producen la fragilidad ósea y las derivadas del trauma accidental ayudaría a abordar esta cuestión. Cualquier trabajo en este sentido debería incluir un estudio de las fracturas metafisarias.

4.2. *Las verrugas anogenitales*

¿Cuál es la asociación entre las verrugas anogenitales y el abuso sexual en los niños de diferentes edades?

Por qué esto es importante

Las verrugas anogenitales pueden ser adquiridas por transmisión vertical, contacto sexual y transmisión no sexual dentro del entorno familiar. Es necesario un futuro estudio completo que investigue las causas diferenciales de las verrugas anogenitales en los niños. Tal estudio debería incluir una tipificación viral completa de las verrugas en el caso índice y en los contactos, siempre que esto sea posible.

4.3. *La enfermedad inventada o inducida*

¿Son los indicadores de enfermedad inventada o inducida, tal y como se describen en las recomendaciones (1.2.11, 1.2.12), válidos para distinguir la enfermedad inventada o inducida de otras explicaciones?

Por qué esto es importante

Aunque los signos de alerta han sido desarrollados con base en la experiencia clínica, y se consideran clínicamente útiles para la detección de enfermedades inventadas o inducidas, existe la necesidad de establecer su validez discriminante. Esto podría lograrse a través de un futuro estudio longitudinal.

4.4. *Estados emocionales y conductuales*

¿Qué aspectos de los estados emocionales y de los comportamientos como signos de alerta individuales distinguen a los niños maltratados de los niños no maltratados en el escenario de la asistencia sanitaria?

Por qué esto es importante

Una gran parte de la investigación en esta área utiliza puntuaciones combinadas de instrumentos o situaciones para discriminar los niños maltratados de los no maltratados. Con el fin de traducir estas puntuaciones en datos utilizables por los profesionales de la salud que estén viendo a niños

por primera vez, es necesario saber si los estados particulares, conductuales y emocionales, pueden ser utilizados para identificar a los niños maltratados. Se precisa de un futuro estudio comparativo en el escenario de la asistencia sanitaria.

4.5. *El dolor abdominal recurrente*

¿Cuál es la asociación entre el dolor abdominal recurrente no explicado y el maltrato infantil?

Por qué esto es importante

El dolor abdominal recurrente se presenta con frecuencia en la asistencia primaria y a menudo no tiene explicación. Es necesario un estudio amplio, basado en la observación, sobre la asociación entre el dolor abdominal recurrente sin explicación y el maltrato infantil.

5 Otras versiones de esta guía de directrices

5.1. *La guía completa de directrices*

La guía completa de directrices “Cuándo sospechar el maltrato infantil” contiene información detallada acerca de la evidencia y los métodos utilizados para el desarrollo de esta guía. Ha sido publicada por el National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health (Centro de Colaboración Nacional para la Salud de las Mujeres y los Niños), y está disponible (en inglés) en www.ncc-wch.org.uk, en nuestra página web (www.nice.org.uk/CG89fullguideline) y en la National Library for Health (la Biblioteca Nacional para la Salud) (www.nlh.nhs.uk).

5.2. *La guía de consulta rápida*

Una guía de consulta rápida para profesionales de la asistencia sanitaria está disponible (en inglés) en www.nice.org.uk/CG89quickrefguide

Para la obtención de copias impresas, puede llamar al departamento de publicaciones NICE en el número de teléfono 0845 003 7783 o enviar un

correo electrónico a publications@nice.org.uk (indique el número de referencia N1900).

5.3 “Comprensión de la guía NICE”

Un resumen para pacientes y cuidadores (“Comprensión de la Guía NICE”) se encuentra disponible (en inglés) en www.nice.org.uk/CG89publicinfo

Para la obtención de copias impresas, puede llamar al departamento de publicaciones NICE en el número de teléfono 0845 003 7783 o enviar un correo electrónico a publications@nice.org.uk (indique el número de referencia N1901).

Animamos al servicio de salud de la seguridad social y a las organizaciones del sector voluntario a que utilicen el texto contenido en este folleto para su propia información relacionada con el maltrato infantil.

6 Guías NICE relacionadas

Publicadas

- Trastornos de la alimentación: las intervenciones esenciales en el tratamiento y el manejo de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos de la alimentación relacionados. *NICE clinical guideline 9* (Guía NICE de Directrices Clínicas 9) (2004). Disponible en www.nice.org.uk/CG9
- Daños autoinfligidos: el manejo físico y psicológico a corto plazo y la prevención secundaria de los daños autoinfligidos en la asistencia primaria y secundaria. *NICE clinical guideline 16* (Guía NICE de Directrices Clínicas 16) (2004). Disponible en www.nice.org.uk/CG16

En proceso de desarrollo

NICE está elaborando la siguiente guía (información detallada disponible en www.nice.org.uk):

- El estreñimiento en los niños: el diagnóstico y el manejo del estreñimiento idiopático en la infancia, en la asistencia primaria y secundaria. *NICE*

clinical guideline (Guía NICE de Directrices Clínicas) (Publicación prevista para Marzo de 2010).

- La enuresis nocturna en los niños (mojar la cama): el manejo de la enuresis nocturna en los niños. *NICE clinical guideline* (Guía NICE de Directrices Clínicas) (Publicación prevista para Agosto de 2010).

7 Actualización de la Guía

Las guías NICE de directrices clínicas son actualizadas siempre que es necesario, de tal modo que las recomendaciones tienen en cuenta cualquier información nueva de relevancia. Comprobamos la evidencia reciente 2 y 4 años después de la publicación, con el fin de decidir si debería actualizarse la totalidad o una parte de la guía. Si, en otros momentos, se publica cualquier evidencia nueva de importancia, es posible que tomemos la decisión de realizar una actualización más rápida de algunas de las recomendaciones.

Apéndice A: El Grupo de Desarrollo de la Guía

Jane Appleton

Profesora Adjunta de Asistencia Primaria y Comunitaria (enfermería), School of Health and Social Care (Facultad de Salud y Asistencia Social), Oxford Brookes University

Tricia Brennan

Pediatra Especialista (medicina de urgencia), Children's Hospital (Hospital Infantil), Sheffield

Geoff Debelle

Especialista en Pediatría, Médico Designado del Birmingham Children's Hospital Foundation NHS Trust, South Birmingham Primary Care Trust

Susan Dunstall

Miembro de la población en general, Asesora en Materia de Políticas – Health and Family Support (Apoyo a la Salud y la Familia), National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC)

Danya Glaser

Presidenta del Grupo de Desarrollo de la Guía (Guideline Development Group), Especialista en Psiquiatría de Niños y Adolescentes

Andrea Goddard

Especialista en Pediatría (general), St Mary's Hospital, y Doctora Designada para la Protección Infantil, Westminster Primary Care Trust

Kathryn Gutteridge

Miembro de la población en general, Matrona Especialista, Sandwell and West Birmingham NHS Trust

Christine Habgood

Médico General, Brighton and Hove

Chris Hobbs

Especialista en Pediatría (servicios a la comunidad), St James University Hospital, Leeds

Elizabeth Hughes

Enfermera Especialista en Protección Infantil, Sheffield Primary Care Trust

Anne Livesey

Especialista en Pediatría (servicios a la comunidad), Children and Young People's Trust, Brighton and Hove

David Lucey

Psicólogo Clínico Infantil Independiente, York

Rosemary Neary

Miembro de la población en general, Fundadora/Directora Ejecutiva, Eaton Foundation

Annmarie Reeves

Médico de grado superior (trabajo social), Milton Peines, Buckinghamshire

Peter Saunders

Miembro de la población en general, Presidente Ejecutivo, National Association for People Abused in Childhood (NAPAC)

Anubha Sinha

Médico General, Bidford-on-Avon, Warwickshire

David Vickers*

Especialista en Pediatría (servicios a la comunidad), South Cambridgeshire Primary Care Trust

(*renunció al cargo en Abril de 2008 debido a compromisos laborales; fue substituido por Geoff Debelle)

Jiri Chard

Investigador Titular Superior, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Rupert Franklin

Coordinador de Programas de Trabajo, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Eva Gautam-Aitken

Gestora de Proyectos (Project Manager), National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Paul Jacklin

Economista Superior de la Salud, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Alison Kemp

Asesora Clínica, Especialista en Pediatría/Profesora Adjunta de Salud Infantil, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Angela Kraut

Investigadora Titular, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Monica Lakhanpaul

Codirectora Clínica, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Carolina Ortega

Coordinadora de Programas de Trabajo, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Julia Saperia

Directora Titular de Investigación, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Samantha Vahidi

Coordinadora Superior de Programas de Trabajo, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Danielle Worster

Científico de la Información, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health

Apéndice B: El Comité de Revisión de la Guía

El Comité de Revisión de la Guía es un comité independiente que supervisa el desarrollo de la guía y es responsable de controlar el cumplimiento de los procesos de elaboración de la guía NICE. En particular, el comité se asegura de que hayan sido considerados y respondidos adecuadamente los comentarios de los interesados. El comité incluye a miembros de las siguientes perspectivas: la asistencia primaria, la asistencia secundaria, legos (de la población en general), la salud pública y la industria.

Dr. Rob Walker (Presidente)

Médico General, West Cumbria

Dr. Mark Hill

Director de Asuntos Médicos, Novartis Pharmaceuticals UK Ltd

Ailsa Donnelly

Miembro de la población en general

Dr. John Harley

Médico General, North Tees PCT

Apéndice C: La utilización de esta guía

Si encuentra alguna de las características de alerta descritas en esta guía es una buena costumbre seguir el proceso esbozado a continuación:

